

AVVISO INCARICO PROVVISORIO - ART. 23 ACN 04.04.2024

30 ore settimanali branca pediatria – sede Ghilarza – ASL Oristano

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/La sottoscritt_ (cognome)_____ (nome)_____, nat_

a _____ il _____, C.F.: _____

PEC _____ Email _____ Cellulare: _____,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445/2000, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., del codice penale e delle leggi speciali in materia

Dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

- Diploma di laurea in _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____ (se il Diploma di laurea è stato conseguito all'estero è obbligatorio allegare al presente modulo il titolo di equipollenza).
- Specializzazione universitaria in _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____ (se il titolo è stato conseguito all'estero è obbligatorio allegare al presente modulo l'attestato di equipollenza).

Dichiara inoltre di essere iscritt_ all'ordine professionale _____ della provincia di _____ dal giorno _____.

Chiede che gli venga assegnato l'incarico in oggetto in quanto in possesso del seguente requisito ai sensi dell'art. 23 dell'ACN 2024 (bararre il requisito di interesse):

- Essere iscritt_ nella graduatoria, nella branca di pediatria, ai sensi dell'art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2024, per l'annualità in corso, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Oristano;
- Essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 2024, con specializzazione prevista nell'allegato 2 ACN 2024 per la branca di pediatria;

Si allega:

Copia di un valido documento di identità

Modulo autocertificazione

Luogo, data _____

Firma _____